**SYNDROMES HYPEREOSINOPHILIQUES**

Je déclare avoir informé mon patient pour le passage de son dossier en Réunion de Concertation Pluridisciplinaire. Ses données de santé sont sous la responsabilité du centre de référence et sont susceptibles d’être réutilisées dans le cadre de la recherche. Elles pourront être partagées avec d’autres professionnels de santé à des fins de prise en charge diagnostique et thérapeutique. Le patient a bien été informé de son droit d’accès, d’opposition, de rectification et d’effacement de ces données.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **MEDECIN REFERENT** | Nom :Cliquez ici pour taper du texte.  Tél. :Cliquez ici pour taper du texte.  Email :Cliquez ici pour taper du texte. | | **DATE DE LA DEMANDE** | Cliquez ici pour entrer une date.  1er avis N°Cliquez ici pour taper du texte. | |
| **STATUT** | Généraliste ville | Spécialiste ville | | | Médecin hospitalier |
| **NOM DE L’HOPITAL-**  **SERVICE** | Cliquez ici pour taper du texte. | | **VILLE** | Cliquez ici pour taper du texte. | |
| **TYPE DE RECOURS** | Téléphone | Email | | | Consultation |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **PATIENT** | | | |
| **NOM D’USAGE** | Cliquez ici pour taper du texte. | **PRENOM** | Cliquez ici pour taper du texte. |
| **DATE DE NAISSANCE** | Cliquez ici pour taper du texte. | **SEXE** | F M |
| **AGE DU PATIENT** | Cliquez ici pour taper du texte.  ans mois | **SECURITE SOCIALE FRANÇAISE** | Oui Non |
| **LIEU DE NAISSANCE** | Cliquez ici pour taper du texte. | **COMMUNE DE RESIDENCE** | Cliquez ici pour taper du texte. |
| **PAYS DE NAISSANCE** | Cliquez ici pour taper du texte. | **PAYS DE RESIDENCE** | Cliquez ici pour taper du texte. |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **DIAGNOSTIC** | | | | |
| **DATE DU DIAGNOSTIC** | Cliquez ici pour taper du texte. | **STATUT** | Indéterminé  Probable | En cours  Confirmé |
| **DIAGNOSTIC ACTUEL** | Cliquez ici pour taper du texte. | | | |
| **DATE DE LA DERNIERE NFS SANS HYPEREOSINOPHILIE** | Cliquez ici pour taper du texte. | | | |
| **DATE DE LA 1ère NFS AVEC HYPEREOSINOPHILIE** | Cliquez ici pour taper du texte. | | | |
| **DATE DES 1ers SYMPTOMES** | Cliquez ici pour taper du texte. | | | |
| **PRESENCE EVENTUELLE DE COMORBIDITES** | Oui Non  Si oui, précisez : Cliquez ici pour taper du texte. | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **BIOLOGIE** | | |
| **DATE PNE MAX** | Cliquez ici pour taper du texte. | Chiffre : Cliquez ici pour taper du texte.G/L |
| **VITAMINE B12 MAX** | Non dosée Normale Augmentée : Cliquez ici pour taper du texte.ng/l pmol/l | |
| **TRYPTASE MAX** | Non dosée Normale Augmentée : Cliquez ici pour taper du texte. μg/l | |
| **IGE TOTALE MAX** | Non dosée Normale Augmentée, valeur normale sup. : Cliquez ici pour taper du texte. UI/l | |
| **GAMMAGLOBULINES TOTALES** | Non dosée Normale Augmentée : Cliquez ici pour taper du texte.g/l | |
| **ENQUETE PARASITAIRE & INFECTIEUSE** | Cliquez ici pour taper du texte. | |
| **PHENOTYPAGE LYMPHOCYTAIRE T** | Non réalisé Absence de population normale  Population CD3- CD4+ Cliquez ici pour taper du texte. % parmi les lympho totaux  Population CD3+ CD4+ CD7- Cliquez ici pour taper du texte. % parmi les lympho totaux  Population CD3+ CD4- CD8- TCRab Cliquez ici pour taper du texte. % parmi les lympho totaux  Autre anomalie, précisez : Cliquez ici pour taper du texte. % parmi les lympho totaux | |
| **CLONALITE T** | Non réalisée Négative Positive > 2ème contrôle positif Oui Non | |
| **FIP1L1-PDGFRA** | Non réalisée Absence Présence > Sang Moelle PCR FISH | |
| **JAK2 V617F** | Non réalisée Négative Positive | |
| **CARYOTYPE MEDULLAIRE** | Non réalisée Normal Anomalie, précisez : Cliquez ici pour taper du texte. | |
| **SEQUENÇAGE NGS** | Non réalisée Normal Mutation, précisez : Cliquez ici pour taper du texte.% de détection | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PRESENTATION CLINIQUE** | | | | | |
| **ATTEINTES** | Cardiaque | Cutanée | Digestive | Pulmonaire | Neurologique (centrale/périphérique) |
| Vasculaire et/ou thrombotique | | | | |
| **ATOPIE** | Oui Non | | | | |
| **AUTRES** | Détaillez ici les éléments informatifs de l’histoire de la maladie et des éléments cliniques et paracliniques : Cliquez ici pour taper du texte. | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **TRAITEMENT REÇU** | |
| **TRAITEMENT ANTIPARASITAIRE REÇU** | Molécules, doses et durées : Cliquez ici pour taper du texte. |
| **TRAITEMENTS DE FOND**  Précisez les dates de début et fin, posologies, réponses au traitement (efficacité clinique, efficacité sur l’éosinophilie, effets secondaires…) | Corticoïdes : Cliquez ici pour taper du texte. |
| INF-α : Cliquez ici pour taper du texte. |
| HYDREA : Cliquez ici pour taper du texte. |
| GLIVEC : Cliquez ici pour taper du texte. |
| Autre, précisez : Cliquez ici pour taper du texte. |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ETAT HEMATOLOGIQUE ACTUEL** | | | | | |
| **DATE DE LA DERNIERE NFS** | Cliquez ici pour taper du texte. | | | | |
| **PNE** | Cliquez ici pour taper du texte. | **HB** | Cliquez ici pour taper du texte. | **PLAQUETTES** | Cliquez ici pour taper du texte. |
| **MONOCYTES** | Cliquez ici pour taper du texte. | **NEUTROPHILES** | Cliquez ici pour taper du texte. | **BASOPHILES** | Cliquez ici pour taper du texte. |
| **MANIFESTATIONS CLINIQUES** | Cliquez ici pour taper du texte. | | | | |
| **CORTICODEPENDANCE** | Cliquez ici pour taper du texte.mg/j d’équivalent prednisone | | | | |
| **TRAITEMENTS ACTUELS** | Cliquez ici pour taper du texte. | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **ESSAI CLINIQUE** | |
| **PATIENT INCLUS DANS UN PROTOCOLE** | Oui Non  Si oui, précisez : Cliquez ici pour taper du texte. |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **AVIS DE LA RCP** | | | | | |
| **AVIS DEMANDE** | Diagnostic nosologique/Explorations complémentaires | | | Thérapeutique | |
| Autre, précisez : Cliquez ici pour taper du texte. | | | | |
| **MEDECINS PRESENTS** | JEK MG FA IM MR CT KP GL NE LT WA DSS CG CC PDG CMH GM NS ME ; Autre(s) médecin(s) présent(s) : Cliquez ici pour taper du texte. | | | | |
| **DIAGNOSTIC** | HE de signification indéterminée (=asymptomatique) > 1,5 G/l isolée (pas d’atteinte viscérale) | | | | |
| SHE | Idiopathique Lymphoïde Clonal, précisez (mutation, SMD, SMP…) : Cliquez ici pour taper du texte. | | | |
| SHE réactionnel | Associée à un cancer solide ou une hémopathie, précisez : Cliquez ici pour taper du texte.  Hyperéosinophilie iatrogène > DRESS Hors DRESS  Parasitose, précisez : Cliquez ici pour taper du texte.  Autre, précisez : Cliquez ici pour taper du texte. | | | |
| Autre diagnostic différentiel, précisez : Cliquez ici pour taper du texte. | | | | |
| **EXAMENS COMPLEMENTAIRES** | Cliquez ici pour taper du texte. | | | | |
| **THERAPEUTIQUE A METTRE EN ŒUVRE** | Abstention thérapeutique | | | | |
| Traitement locaux, précisez : Cliquez ici pour taper du texte. | | | | |
| Traitement général, précisez : Cliquez ici pour taper du texte. | | | | |
| Inclusion dans un essai, précisez : Cliquez ici pour taper du texte. | | | | |
| **COMMENTAIRES DE LA RCP** | Cliquez ici pour taper du texte. | | | | |
| **REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES REFERENTIELS PERMETTANT DE DOCUMENTER L’AVIS DE LA RCP** | Cliquez ici pour taper du texte. | | | | |
| **RESPONSABLE DE LA RCP** | Cliquez ici pour taper du texte. | | **DATE DE LA RCP** | | Cliquez ici pour entrer une date. |

**CEREO – Centre de référence des syndromes hyperéosinophiliques**

**Affilié à la filière de santé maladies rares immuno-hématologiques MaRIH**

Tél. : 01.46.25.21.46 – Fax. : 01.46.25.27.83 – Email : [avis.cereo@gmail.com](mailto:avis.cereo@gmail.com)

[www.cereo.fr](http://www.cereo.fr)

Version du 5 avril 2019